

بررسی تأثیر کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران‌ها در آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان داوطلب عضو سازمان جوانان جمعیت هلال احمر

زویا طاووسیان^۱، محمد جعفریان^۲، سیدمحمدحسین
جوادی^۳، سیدهادی موسوی^۴، فریبا کریملو^۵،
پدرام موسوی شندی^۶

۱. نویسنده مسئول: پزشک متخصص زنان و زایمان

Email: z_tavoosian@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد ارتباطات

۳. دکترای مددکاری اجتماعی

۴. کارشناس ارشد حقوق

۵. کارشناس ارشد روانشناسی

۶. پزشک

دریافت: ۹۱/۱۲/۱۰ پذیرش: ۹۲/۷/۶

چکیده

مقدمه: توجه به بهداشت باروری و آموزش مناسب در این زمینه، برای سلامت جامعه به ویژه در شرایط بحرانی اهمیت بسیار دارد. زیرا با پرداختن به آن می‌توان باعث کاهش مرگ و میر، جلوگیری از بیماری‌ها و نیز کمک به اقشار آسیب‌پذیر (زنان و کودکان) شد. از آنجا که جوانان در یادگیری و اشاعه آموخته‌هایشان در جامعه نقشی پررنگ دارند، سازمان جوانان جمعیت هلال احمر این مطالعه را با هدف بررسی تأثیر کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان داوطلب عضو انجام داده است.

روش‌ها: در این مطالعه، یک کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران برای گروه‌هایی از بانوان جوان عضو سازمان جوانان جمعیت هلال احمر در سه استان آذربایجان شرقی، سمنان و کردستان برگزار شد. آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت‌کنندگان قبل و بعد از برگزاری کارگاه سنجش شد و سپس مقایسه‌ای روی این شاخص‌ها انجام شد. مدرسان، این کارگاه را با روش مشارکتی و تسهیل‌گری اداره کردند.

یافته‌ها: میانگین نمرات پیش‌آزمون در استان آذربایجان شرقی، سمنان و کردستان به ترتیب ۱۴/۴۵، ۱۰/۷۱ و ۱۹/۶ از ۴۰ بود؛ میانگین نمرات در این استان‌ها پس از اجرای کارگاه به ترتیب ۲۸/۰۴، ۲۵/۱۱ و ۲۷/۵۵ بود. درصد پیشرفت آگاهی، نگرش و عملکرد به ترتیب ۱۱۳/۵، ۲۰۹/۴ و ۴۳/۲ درصد به دست آمد. آنالیز آماری نشان داد که آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان شرکت‌کننده در کارگاه در هر سه استان قبل و بعد از برگزاری کارگاه آموزشی تفاوت معنی‌دار داشته است. ($p_1=0.00$, $p_2=0.00$, $p_3=0.00$)

نتیجه‌گیری: برگزاری کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران‌ها با روش مشارکتی و تسهیل‌گری، تأثیر زیادی در بهبود وضع آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان دارد. بنابراین لزوم اجرای چنین برنامه آموزشی و تداوم آن در این استان‌ها و سایر استان‌های کشور کاملاً احساس می‌شود.

کلمات کلیدی: بهداشت باروری، آموزش، بحران، آگاهی، نگرش.

مقدمه

توجه به مقوله بهداشت و از آن جمله بهداشت باروری در واقع اهمیت سلامت سرمایه‌های انسانی جامعه و نسل آینده آن است. از آنجا که با وجود شرایط بحرانی در یک کشور یا منطقه، سلامت افراد به خطر می‌افتد، توجه به بهداشت عمومی و بهداشت باروری در چنین شرایطی کاملاً ضروری است، زیرا بقای منطقه بحران‌زده منوط به داشتن نسل آینده و پرتوان است و چنین نسلی فقط با توجه ویژه به سلامت و بهداشت باروری در بحران‌ها تأمین می‌شود. از این‌رو، نباید از بهداشت باروری در بحران‌ها غافل شد.

از آنجا که شرایط بحرانی به صورت ناگهانی به وجود می‌آیند، آمادگی برای مدیریت جوانب مختلف بحران از جمله بهداشت باروری قبل از وقوع واقعه اهمیت خاصی دارد. یکی از مهم‌ترین مسائل در رابطه با بهداشت باروری اجرای برنامه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی مردم در سنین مختلف است. در شرایط اضطراری نیاز مردم آسیب‌دیده به پاسخگویی و کمک‌رسانی بیشتر می‌شود. زنان و کودکان در بحران آسیب‌پذیرتر می‌شوند، بنابراین ما به گروه‌هایی برای آگاه‌سازی جمعیت آسیب‌دیده از بحران محتاج هستیم.

در برنامه‌ریزی‌های آموزشی هرگز نباید از قشر جوان جامعه غافل شد، چرا که جوانان به دلیل داشتن روحیه پرشور و انرژی بالا، قادر به یادگیری و اشاعه آموخته‌های خود در سطح جامعه هستند. از طرفی بسیاری از مسائل بهداشت باروری جدا از

قضیه بحران در شرایط کاملاً غیرعادی برای جوانان جامعه مفید و سازنده است.

کشور ایران با نوع ساختار جمعیتی خود از نیروهای جوان و فعال زیادی برخوردار است. تعداد قابل توجهی از این جوانان، اعضای داوطلب سازمان‌ها و NGOها هستند. سازمان جوانان جمعیت هلال‌احمر با در اختیار داشتن بخش مؤثری از این نیروهای آماده یادگیری و نیز آموزش‌دهی در شرایط بحرانی، بر آن شد تا برنامه‌های آموزشی را به شکل کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها طرح‌ریزی و اجرا کند. در کنار اجرای این برنامه آموزشی، پژوهشی نیز برای بررسی تأثیر این کارگاه آموزشی بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد گروه‌های تحت آموزش انجام می‌شود.

در این مطالعه آموزشی - پژوهشی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد¹ حامی سازمان جوانان هلال‌احمر است.

در این کارگاه جوانان عضو سازمان با مباحث مهمی از بهداشت باروری آشنا می‌شوند و با توجه به نحوه برگزاری کارگاه آموزشی یاد می‌گیرند که این مفاهیم را در شرایط بحران به افراد جامعه منتقل کنند. این مسئله، یعنی آمادگی جوانان برای آموزش مؤثر و سریع در یک منطقه بحران‌زده، بسیار اهمیت دارد زیرا آموزش مناسب، عملکرد افراد جامعه را در زمان وقوع بحران ارتقا می‌دهد و از بروز بسیاری مشکلات جلوگیری می‌کند. مثلاً اگر افراد در مورد بیماری‌های آمیزشی آگاهی مناسب داشته باشند پس از وقوع بحران از انتشار بسیاری از این بیماری‌ها

¹United Nations Population Fund (UNFPA)

پیشگیری می‌شود؛ همین‌طور کنترل درستی در زمینهٔ اپیدمی اچ.آی.وی صورت می‌گیرد.

روش‌ها

این طرح در پاییز ۱۳۹۱ به صورت سه کارگاه آموزشی مجزا، هر کدام به مدت سه روز در سه استان آذربایجان شرقی (۹۱/۷/۲۹ الی ۹۱/۸/۱)، سمنان (۹۱/۸/۱۵ الی ۹۱/۸/۱۷)، کردستان (۹۱/۹/۷ الی ۹۱/۹/۹) اجرا شد.

ابتدا محتوای آموزشی به صورت اولیه آماده و تدوین شد. در جلسات کمیتهٔ راهبردی این طرح محتوای آموزشی بررسی و توافق شد که عوامل اجرایی و مدرسان مطابق بر این محتوا در هر سه استان برنامهٔ آموزشی کارگاه را پیش ببرند. در هر کارگاه قرار بود ۲۵ نفر از بانوان جوان داوطلب عضو سازمان جوانان جمعیت هلال‌احمر شرکت داشته باشند و انتخاب این افراد آموزش‌گیرنده را مسئولان هلال‌احمر هر استان بر عهده داشتند.

برای محتوای آموزشی، طرح درس هر مبحث آماده شد. مبنای کار بر این قرار گرفت که آموزش در کارگاه به شکل سستی و سخنرانی نباشد، بلکه مدرس هر مبحث در واقع تسهیل‌گری باشد که مباحث را به صورت مشارکتی مطرح کند و پیش ببرد. اعضای شرکت‌کننده در کارگاه‌ها برای یادگیری بهتر هر فصل باید حضوری فعال در جلسات می‌داشتند.

از وسایل کمک‌آموزشی از جمله پاورپوینت، فیلم‌چارت، کاربرگ‌هایی برای تمرین، کاغذهای A4 سفید و رنگی، چسب، ماژیک در اندازه و رنگ‌های مختلف استفاده شد.

مباحثی که برای طرح در این کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها در نظر گرفته شده بود، به ترتیب زیر است:

(۱) مفهوم سلامت، ارتقای سلامت، سلامت باروری؛ ضرورت توجه به بهداشت باروری در بروز بحران؛ توضیح ابتدایی در مورد بستهٔ اولیه حداقل خدمات (MISP)^۱؛

(۲) مشاورهٔ قبل از ازدواج، قبل از بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری، پیشگیری از بارداری ناخواسته؛ اقدامات پیشگیرانه از بارداری ناخواسته در بحران‌ها و توجه به قربانیان حوادث جنسی (MISP)؛

(۳) زایمان ایمن، مزایای زایمان طبیعی نسبت به روش سزارین الکتیو، مراقبت‌های پس از زایمان، اهمیت شیر مادر، سلامت مادر و کودک در هنگام بروز بحران، زایمان ایمن و شیردهی در بحران (MISP)؛

(۴) آشنایی با بیماری‌های آمیزشی و نحوهٔ پیشگیری و درمان آنها؛ برخورد با عفونت‌های آمیزشی هنگام بروز بحران (MISP)؛ اجرای برنامهٔ condom demonstration؛

(۵) اچ آی وی، پیشگیری و درمان؛ اچ آی وی در بحران (MISP)؛

(۶) مشارکت مردان در بهداشت باروری؛ مشارکت مردان در بهداشت باروری در بحران؛

(۷) بهداشت باروری در سالمندی؛ خشونت در سالمندان در هنگام بروز بحران.

به منظور تعیین وضع آگاهی، نگرش و عملکرد افراد شرکت‌کننده در کارگاه‌ها، پیش‌آزمونی آماده شد که

¹ Minimum Initial Service Package (MISP)

شامل ۴۰ پرسش ۴ گزینه‌ای بود. در طراحی پرسشنامه به این مسئله توجه شده بود که بعضی سؤالات به سنجش آگاهی اختصاص داشته باشند. برخی دیگر نحوه نگرش شرکت‌کنندگان را مورد توجه قرار دهند و بعضی از پرسش‌ها نیز نوع عملکرد افراد را مشخص کنند. قبل از هر کارگاه افراد شرکت‌کننده به این سؤالات پاسخ دادند و پیش‌آزمون‌ها طبق کلید پاسخ‌نامه تصحیح شد. بلافاصله پس از اجرای هر کارگاه نیز همان پرسش‌ها به صورت پس‌آزمون در اختیار فراگیران قرار داده شد. این برگه‌ها نیز طبق کلید پاسخ‌نامه تصحیح شدند.

نمرات پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها در هر کارگاه به تفکیک بررسی شد و برای تعیین میزان تأثیر کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها که به صورت مشارکتی اجرا شد، مورد استفاده قرار گرفت.

از آنجایی که ممکن است این برنامه‌ها به صورت سراسری در سایر استان‌ها نیز اجرا شوند، توجه به کیفیت اجرای کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران‌ها و نیز رضایت‌مندی افراد شرکت‌کننده اهمیت داشت.

برگه‌های ارزشیابی برای نظرسنجی آماده شد که در پایان هر کارگاه توسط شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد.

همچنین فردی از میان اعضای کمیته راهبردی، وظیفه نظارت بر اجرای کارگاه‌ها و بررسی سطح کیفی و نیز تجدید نظر علمی محتوای آموزشی اولیه را به عهده گرفت. در پایان هر کارگاه آموزشی تعداد ۵ تا ۶ نفر از میان فراگیران انتخاب شدند تا در یک کارگاه ویژه سه روزه در تهران شرکت کنند. این

کارگاه به بیان روش‌های تسهیل‌گری اختصاص پیدا کرد تا این افراد منتخب آمادگی لازم برای آموزش مباحث آموخته‌شده را به سایرین در سطح استان‌ها پیدا کنند. به منظور یکسان‌سازی آموزش در هر سه استان، مدرسان کارگاه آموزشی تغییر نکردند.

داده‌های مربوط به پیش‌آزمون‌ها، پس‌آزمون‌ها و نظرسنجی‌های جداول مادر مربوطه که بدین منظور تعبیه شده بود وارد شدند. در آنالیز آماری این داده‌ها از آزمون خی‌دو و t -test و نرم‌افزارهای اکسل و SPSS II استفاده شد.

یافته‌ها

در کارگاه بهداشت باروری در بحران که در استان‌های آذربایجان شرقی، سمنان و کردستان اجرا شد به ترتیب ۳۰ نفر، ۳۳ نفر و ۳۹ نفر و در مجموع ۱۰۲ نفر از بانوان جوان داوطلب سازمان جوانان شرکت داشتند. بعضی از افراد که در ۳ روز برگزاری کارگاه حضور فعال نداشتند و آزمون‌ها را کامل پاسخ ندادند از بررسی‌ها حذف شدند. در نهایت ۸۶ نفر مورد ارزیابی آگاهی، نگرش و عملکرد در حوزه بهداشت باروری در بحران‌ها قرار گرفتند.

محدوده سنی این افراد ۲۲ تا ۳۸ سال بود. حداقل میزان تحصیلات کاردانی و حداکثر پایان مقطع کارشناسی ارشد بود. بعضی از افراد، تحصیلات مرتبط با رشته‌های علوم پزشکی، حوزه سلامت و بهداشت داشتند و بقیه غیرمرتبط بودند. افراد با تحصیلات مرتبط در تبریز ۴ نفر، سمنان ۴ نفر و سنندج ۵ نفر بودند که به نسبت کل شرکت‌کنندگان هر کارگاه تفاوت معنی‌داری در این سه استان وجود نداشت. متغیر وضعیت تأهل و تعداد فرزندان بررسی شدند، ولی همانند سن و تحصیلات میان

- این سه شهر تفاوت معنی داری در گروه فراگیران مشاهده نشد.
- (الف) از میان ۳۰ شرکت کننده در برنامه کارگاه تبریز، ۲۴ نفر حضور کامل داشتند و آزمون های دوگانه آنها قابل قبول بود. در این کارگاه کمترین نمره پیش آزمون ۸ و بیشترین نمره ۲۶ از ۴۰ و میانگین نمره گروه فراگیران ۱۴/۴۵ بود. پس از اجرای برنامه آموزشی، بیشترین نمره پس آزمون ۳۲ و کمترین نمره ۲۳ از ۴۰ و میانگین نمره پس آزمون ۲۸/۰۴ بود. مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون و توجه به میزان پیشرفت ۱۱۳/۵ درصدی پس از کارگاه آموزشی، نشان داد که سطح آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت کنندگان قبل و بعد از برگزاری کارگاه آموزشی تفاوت معنی داری داشت. ($P_1=0.00$) (جدول شماره ۱)
- (ب) از میان ۳۳ شرکت کننده در برنامه کارگاه سمنان، ۲۸ نفر حضور کامل داشتند و آزمون های دوگانه آنها قابل قبول و ارزیابی بود. در این کارگاه کمترین نمره پیش آزمون ۱ و بیشترین نمره ۲۰ و میانگین نمره گروه فراگیران ۱۰/۷۱ بود. پس از اجرای برنامه آموزشی بیشترین نمره پس آزمون ۳۱ و کمترین نمره ۱۴ و میانگین نمره پس آزمون ۲۵/۱۱ بود. مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون و توجه به میزان پیشرفت پس از کارگاه آموزشی که برابر
- ۲۰۹/۴ درصد بود نشان داد که سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد شرکت کننده قبل و بعد از برگزاری کارگاه آموزشی تفاوت معنی داری داشت. ($P_2=0.00$) (جدول ۲)
- (پ) از میان ۳۹ فرد شرکت کننده در برنامه کارگاه سنندج، ۳۴ نفر حضور کامل داشتند و آزمون های دوگانه آنها قابل قبول و ارزیابی بود. در این کارگاه کمترین نمره پیش آزمون ۹ و بیشترین نمره ۲۹ از ۴۰ و میانگین نمره گروه فراگیران ۱۹/۶ بود. پس از اجرای برنامه آموزشی بیشترین نمره پس آزمون ۳۸ و کمترین نمره ۱۹ از ۴۰ و میانگین نمره پس آزمون ۲۷/۵۵ بود. مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون و توجه به میزان پیشرفت پس از کارگاه که برابر ۴۳/۲ درصد بود، نشان دهنده این موضوع بود که سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد شرکت کننده قبل و بعد از برگزاری کارگاه آموزشی تفاوت معنی داری داشت. ($P_3=0.00$) (جدول شماره ۳)
- به این ترتیب در هر سه استان با درصد پیشرفت قابل ملاحظه ای در پاسخگویی به سئوالات پس آزمون روبه رو بودیم. به نظر می رسد مباحث مطرح شده در کارگاه ضروری و نحوه آموزش به شکل کارگاه مشارکتی مؤثر و مطلوب بوده است. (نمودار شماره ۱)

جدول ۱: مشخصات آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استان آذربایجان شرقی

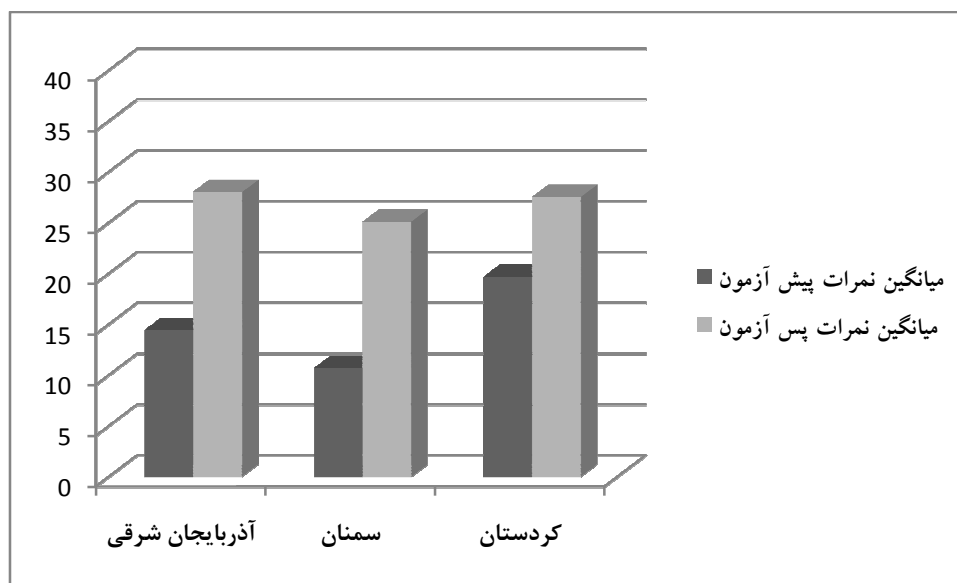
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	درصد پیشرفت	
(نمره)	(نمره)	(درصد)	(درصد)		
۱۴/۴۵	۲۸/۰۴	۳۶/۱۴	۷۰/۱	۱۱۳/۵	میانگین
۸	۲۳	۲۰	۷۵/۵	۰	کمینه
۲۶	۳۲	۶۵	۸۰	۲۴۴/۴	بیشینه
۴/۵۹۸	۲/۸۵	۱۱/۴۹	۷/۱	۷۰	واریانس

جدول ۲: مشخصات آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استان سمنان

پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	درصد پیشرفت	
(نمره)	(نمره)	(درصد)	(درصد)		
۱۰/۷۱	۲۵/۱۱	۲۹/۷۶	۶۹/۷۴	۲۰۹/۴	میانگین
۱	۱۴	۲/۷۷	۳۸/۸۸	۲۱/۰۵	کمینه
۲۰	۳۱	۵۵/۵۵	۸۶/۱۱	۱۵۰۰	بیشینه
۴/۴۷	۴/۲۸	۱۲/۴۱	۱۱/۸۸	۲۷۱/۶۳	واریانس

جدول ۳: مشخصات آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استان کردستان

پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	درصد پیشرفت	
(نمره)	(نمره)	(درصد)	(درصد)		
۱۹/۷	۲۷/۵	۴۹/۲	۶۸/۸	۴۳/۲	میانگین
۹	۱۹	۲۲/۵	۴۷/۵	-۹/۵	کمینه
۲۹	۳۸	۷۲/۵	۹۵	۱۵۵/۵	بیشینه
۳/۸	۴/۶	۹/۵	۱۱/۷	۲۹/۴	واریانس



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در سه استان

۱. اچ.آی.وی، ارتقای سلامت (در یک سطح با میزان پاسخگویی ۸۵ درصد)؛
۲. اهمیت شیر مادر (میزان پاسخگویی ۷۰/۸۳ درصد)؛
- در استان سمنان بیشترین نقاط ضعف به مباحث زیر مربوط بوده است:
۱. بیماری‌های آمیزشی (میزان پاسخگویی ۴/۱۶ درصد)؛
۲. مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان ایمن (در یک سطح با میزان پاسخگویی ۸/۳ درصد)؛
۳. سلامت سالمندی (میزان پاسخگویی ۱۲/۲۴ درصد)؛
- درصد، اچ.آی.وی (میزان پاسخگویی ۱۲/۸۵ درصد)؛
- و آگاهی‌های بیشتر به ترتیب در مباحث زیر بود:
- (۱) اهمیت شیر مادر (میزان پاسخگویی ۸۸/۰۹ درصد)؛
- (۲) مشاوره قبل از ازدواج (میزان پاسخگویی ۸۷/۵ درصد)؛
- در بررسی‌های جزئی‌تر بر پاسخگویی افراد در سؤالات مطرح‌شده در هر استان، مباحثی که نیاز به آموزش‌های بیشتری دارند تعیین شد. همین‌طور در هر استان بر اساس این پاسخگویی مشخص شد که در کدام مباحث نقاط قوت اولیه وجود داشته است و پرداختن به این مباحث می‌تواند در اولویت‌های بعدی واقع شود.
- بر اساس پاسخگویی پرسش‌ها در پیش‌آزمون در استان آذربایجان شرقی بیشترین نقاط ضعف افراد شرکت‌کننده به ترتیب در مباحث زیر بوده است:
- (۱) زایمان ایمن (میزان پاسخگویی ۶/۹ درصد)؛
- (۲) بیماری‌های آمیزشی (میزان پاسخگویی ۱۴/۵ درصد)؛
- (۳) سلامت سالمندی (میزان پاسخگویی ۱۴/۸ درصد)؛
- همین‌طور آگاهی اولیه در مباحث زیر بیش از سایر مباحث بوده است:

در استان کردستان بیشترین نقاط ضعف به مباحث زیر مربوط بوده است:

۱. بیماری‌های آمیزشی (میزان پاسخگویی ۸/۸۲ درصد)؛

۲. سلامت در دوران سالمندی (میزان پاسخگویی ۱۰/۹۲ درصد)؛

۳. زایمان ایمن (میزان پاسخگویی ۲۲/۵۴ درصد)؛

۴. مشارکت مردان (با میزان مشابه پاسخگویی ۲۲/۰۵ درصد).

و آگاهی‌های بیشتر به ترتیب در مباحث زیر بود:

۱. ایدز (میزان پاسخگویی ۹۴/۷ درصد)؛

۲. اهمیت شیر مادر (میزان پاسخگویی ۸۹/۲۱ درصد).

بحث

بر اساس یافته‌های حاصل از این طرح آموزشی و پژوهشی مطابق انتظار، کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران‌ها روی آگاهی، نگرش و عملکرد گروه فراگیران (جوانان عضو سازمان جوانان جمعیت هلال احمر) کاملاً مؤثر بوده است. آنچه در این بررسی مهم به نظر می‌رسد نحوه آموزش و تسهیل‌گری به شیوه مشارکتی است که نشان‌دهنده تأثیر زیاد این شیوه روی متغیرهای مورد نظر ما (آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه بهداشت باروری) بوده است. البته در این بررسی صرفاً از جنبه توصیفی می‌توان به اثربخشی زیاد چنین نوع آموزشی اشاره کرد. در واقع به نظر می‌رسد مطالعه‌ای نیز انجام شود که همین مباحث بهداشت باروری به صورت موازی به گروهی دیگر با روش آموزش به صورت سخنرانی مستقیم و نه مشارکتی ارائه شود تا این گروه جدید از فراگیران به عنوان

گروه شاهد با گروه‌هایی که در کارگاه بهداشت باروری آموزش به شکل مشارکتی داشته‌اند مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرند.

تحلیل آماری این مطالعه نشان داد که در هر سه استان میان سطح آگاهی، نگرش و عملکرد گروه فراگیران قبل و بعد از برگزاری کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها تفاوتی معنی‌دار وجود دارد. به

گونه‌ای که: $p1=0.00$, $p2=0.00$, $p3=0.00$

تفاوت‌های پایه‌ای نیز در میزان آگاهی، نگرش و عملکرد اعضای شرکت‌کننده در این کارگاه‌ها در زمینه بهداشت باروری در بحران‌ها در میان سه استان وجود داشت که میانگین نمره پیش‌آزمون را در این سه استان می‌توان با هم مقایسه کرد.

($m1=45/14$, $m2=71/10$, $m3=6/19$)

درصد پیشرفت شرکت‌کنندگان در پاسخ‌دهی به سؤالات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نیز به ترتیب در سه استان به صورت زیر بوده است: تبریز ۱۱۳/۵ درصد؛ سمنان ۲۰۹/۴ درصد؛ سنجند ۴۳/۲ درصد.

به طور کلی میزان نسبتاً پایین پاسخ‌دهی فراگیران به پیش‌آزمون‌ها در هر سه استان نشان‌دهنده این مطلب است که مسئولان سازمان جوانان، استان‌های مناسبی را برای آموزش در مرحله پایلوت انتخاب کردند و لزوم اجرای چنین برنامه‌های آموزشی و تداوم این آموزش‌ها در این سه استان کاملاً احساس می‌شود.

بحران مهمی چون زلزله اخیر در آذربایجان شرقی، محرومیت اقلیمی در سمنان، تفاوت‌های خاص فرهنگی و نیز بقایای اثرات سال‌های جنگ در کردستان، همگی از ویژگی‌هایی بود که مدیران سازمان جوانان مد نظر داشتند.

به هر حال در بحران‌ها نهادینه‌شدن موارد آموزشی در راستای ذهنیت و عملکرد امدادگران که بسیاری از آنان جوانان داوطلب هستند اهمیت بسیار دارد. نحوه کمک‌رسانی با بسته اولیه حداقل خدمات اگر به صورت سازمان‌دهی شده به جوانان آموزش داده شود، هدف بسیار بزرگی را حین بروز بحران (مشکلات نظامی، همه‌گیری‌های عفونی، پدیده‌های آسیب‌رسان طبیعی، صدمات ناگهانی اجتماعی) تأمین می‌کند. جوان‌بودن بخش بزرگی از جمعیت کشور ایران، لزوم اجرای چنین طرح‌هایی را به طور گسترده‌تر می‌طلبد تا قشر وسیعی از افراد جامعه را که در سنین باروری نیز هستند تحت پوشش اطلاع‌رسانی و خدمات ویژه MISP در موقع بروز بحران‌ها قرار دهد.

در بررسی‌های به عمل آمده، مقاله یا مقالاتی که حین برگزاری کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها، آگاهی-نگرش-عملکرد شرکت‌کنندگان را سنجیده و ارائه کرده باشد یافت نشد. لذا جهت بحث امکان مقایسه مستقیم یافته‌های ما با مطالعه مشابه آن وجود نداشت. از این رو، به ارائه نتایج مذکور در پژوهش‌هایی می‌پردازیم که بیشترین نزدیکی را با موضوع مورد مطالعه ما داشتند.

موضوع مهم این است که در شرایط عادی و غیربحرانی هم بسیاری از مشکلات جامعه و درون خانواده‌ها (به عنوان مهم‌ترین بنیان‌های اجتماعی) به‌خاطر ناآگاهی یا اطلاعات ناکافی در زمینه بهداشت باروری است. بنا بر بعضی مطالعات، نیمی از مشکلات جنسی ناشی از همین آگاهی ناکافی است و اصولاً ارزیابی مسائل جنسی و بهداشت باروری در بعضی جوامع مورد غفلت واقع می‌شود

زیرا صحبت در این حوزه ناخوش‌آیند، خجالت‌آور و گاهی گناه تصور می‌شود (۱).

امروزه چنین غفلت‌هایی موجب‌شده تا بیماری‌های آمیزشی یکی از دو مشکل اساسی در بسیاری از کشورها باشد (۲).

جوانانی که اطلاعات مناسب در زمینه بهداشت باروری و جنسی ندارند بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر قرار می‌گیرند (۳). برای کاهش مشکلات بهداشت باروری باید رفتارهای پرخطر را کاهش داد و این نیاز به آموزش صحیح دارد (۴).

در تحقیقات مشابه، دیده شده که آگاهی زنان جوان پیرامون مباحث بهداشت باروری در مرحله قبل از ازدواج همراه با عقاید نادرست است.

در یک بررسی در بحرین، ۹۵ درصد از زنان متأهل آگاهی‌های بهداشت باروری و جنسی ناکافی داشتند (۵).

پاره‌ای از مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از عقاید نادرست در زمینه بهداشت باروری در ذهن جوانان کشور ما نیز وجود دارد (۶).

با چنین شرایطی لزوم آموزش‌های همه‌جانبه در زمینه بهداشت باروری برای افراد جامعه به ویژه قشر جوان احساس می‌شود. مطالعه گرینبرگ^۱ مؤید آن است که آموزش‌های مناسب در کاهش بیماری‌های آمیزشی و ارتقای بهداشت باروری و سلامت جامعه کاملاً مؤثر است (۷).

تیسٹل^۲ معتقد است آموزش بهداشت باروری نه فقط باعث افزایش آگاهی افراد جامعه می‌شود بلکه با

¹ Greenberg

² Thistle

تغییر رفتار و عملکرد موجب رسیدن به سطح بهداشتی مناسب می‌شود (۸).

بسیاری از مطالعات هم نشان داده‌اند که در کشورهای در حال توسعه اطلاعات بهداشت باروری به ندرت توسط متخصصان منتقل می‌شوند. حتی والدین هم منبع نیستند. مهم‌ترین منبع اطلاعات برای جوانان، دوستان و گاه رسانه‌ها هستند (۹ و ۱۰). در کشورهایی نظیر فیلیپین، اندونزی، ویتنام و ناپروبی ثابت شده است که همسالان افراد جوان مهم‌ترین منبع اطلاعات در زمینه بهداشت باروری و جنسی هستند (۱۱).

از آنجا که چنین اطلاعاتی، ناکافی و آمیخته به انواع عقاید نادرست و گاه خرافه‌گونه هستند آموزش گسترده در زمینه بهداشت باروری و به ویژه بهداشت باروری در هنگام بروز بحران اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. از طرفی روش‌های نوین آموزشی در میزان یادگیری و تأثیر دانسته‌ها بر نگرش و عملکرد افراد، می‌تواند جایگاه خاص و جدیدی داشته باشد. بنابراین بهتر است مطالعات و طرح‌های مشابه این مطالعه در زمینه نوع و روش آموزش بهداشت باروری با تکنیک‌هایی جدیدتر هم صورت گیرد.

در این طرح، از روش کارگاهی و مشارکتی در تسهیل امر یادگیری مباحث بهداشت باروری برای فراگیران استفاده شد که بسیار مؤثر و کارآمد بود.

نتیجه‌گیری

از آنجا که آگاهی، نگرش و عملکرد خانم‌های جوان عضو سازمان جوانان شرکت کننده در کارگاه بهداشت باروری در بحران در سه استان آذربایجان شرقی، سمنان و کردستان تفاوت معنی‌دار و

قابل ملاحظه‌ای در زمان پیش از کارگاه با پس از برگزاری دوره داشته است، نتیجه می‌گیریم که تداوم یافتن اجرای کارگاه و سراسری شدن آن برای تمامی استان‌های کشور ضرورت دارد.

با توجه به اینکه آموزش در این کارگاه مبتنی بر تسهیل‌گری با روش مشارکتی بود که تأثیر زیادی در یادگیری داشت؛ پیشنهاد می‌شود در ادامه اجرای این طرح همین روش آموزشی برای کارگاه بهداشت باروری در بحران‌ها به کار گرفته شود.

از سویی بر اساس تعریف بهداشت باروری اقدامات لازم در این خصوص مربوط به سنین مختلف و نیز مقاطع گوناگون از زندگی یک فرد است. طوری که از دوره جنینی یک فرد باید مورد توجه قرار گیرد و بعد در سراسر زندگی تکاملی او و حتی در زمان سالمندی هم ادامه پیدا کند. به همین خاطر جای خالی ارائه پاره‌ای از مباحث در این کارگاه آموزشی احساس می‌شود که در نظرسنجی‌های پایانی نیز به بعضی از این مباحث مطرح نشده اشاره شد.

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، ۷ مبحث در محتوای اولیه آموزش آماده شده بود که فقط ۶ مبحث در هر سه کارگاه ارائه شد و مبحث بهداشت باروری در سالمندی تدریس نشد. پس از ارزیابی و نظارت روی برنامه‌های هر سه کارگاه و کتابچه آموزشی اولیه، تغییراتی در جهت بهبودی سطح علمی مباحث و تکمیل آن پیشنهاد شد. ضمن تأکید بر ارائه ۷ مبحث قبلی به طور کامل سرفصل‌های جدیدی نیز تدوین شد که شامل موارد زیر است:

- بهداشت باروری در جنین، نوزاد و کودک؛
- توجه به بهداشت باروری کودکان در زمان بروز بحران؛

- بهداشت در دوران بلوغ؛
 - نحوه برخورد با قربانیان سنین بلوغ در حوادث جنسی پیش آمده در زمان بحران؛
 - بهداشت باروری با رویکرد پیشگیرانه شامل غربالگری های خاص مثل پاپ اسمیر، ماموگرافی، تست آنتی ژن ویژه پروستات؛
 - ناباروری.
- حائز اهمیت است، ثبت و ضبط وقایع آموزشی در کارگاه های بهداشت باروری ضرورت دارد. از این رو، بهتر است شرایطی فراهم آید تا برای کمک بیشتر به آموزش گیرندگان از تمامی کلاس ها فیلم برداری شود. امید است با اجرای برنامه های آموزشی و پژوهشی ارزشمند در زمینه بهداشت باروری در بحران، کمترین آسیب ها را در شرایط بحرانی در کشور عزیزمان شاهد باشیم.

سپاسگزاری

در پایان، بر خود لازم می دانیم تا از صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، به دلیل حمایت از اجرای کارگاه آموزشی بهداشت باروری در بحران ها و همکاری با سازمان جوانان جمعیت هلال احمر و نیز از خانم ها سودابه احمدزاده و بهناز شمس قدردانی کنیم. همچنین از آقای دکتر مهران محرمیان معلم که در آنالیز داده ها در این طرح همکاری داشتند بسیار سپاسگزاریم.

با توجه به مباحث جدید پیشنهادی و نیز ارزیابی سه کارگاه قبل، بهتر است با افزایش ساعات آموزش برنامه کارگاه به شکل چهار روزه برگزار شود یا برای این مباحث ۱۸ ساعت آموزشی در نظر گرفته شود، که با احتساب دو ساعت پانل پرسشی با همه تسهیل گران می توان یک برنامه آموزشی ۲۰ ساعته را برای این کارگاه بهداشت باروری در نظر گرفت.

از آنجا که یکی از اهداف کارگاه بهداشت باروری این است که شرکت کنندگان خود به عنوان مربی و آموزش دهنده مباحث باشند، لذا باید مستندات علمی و صحیح در اختیارشان قرارگیرد. بنابراین محتوای آموزشی تجدید نظر و ویرایش شده باید در اختیار ایشان قرار گیرد. از آنجا که روش تدریس بسیار

References

1. Maclaren A. *Primary care for women, comprehensive sexual health assessment*. Journal of nurse midwifery, 1995; 40(2): 104-119
2. McIhaney J. *Sexually transmitted infection and teenage sexuality*. J Obstet Gynecol 2000; 183:334-338
3. Sundby Y. *Young people's sexual and reproductive health rights*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006 Jun; 20 (3):355-68
4. Carlson K, Eisenstat S. *Primary care of women*. London: Mosby, 2002: 164
5. Shahed University. *1st seminar of family and sexual problems. The collection of the articles summaries book*. Tehran: Shahed university, 2003: 27 (In Persian)
6. Pakgohar M, Mirmohammadaliyi M, Mahmoudi M, Farnam F. *The effect of pre-marriage consolation on couple sexual health*. Hayat 2005; 11(3-4): 39-46 (In Persian)
7. Greenberg J, Brues C, Haffner D. *Exploring the dimension of human sexuality*. Boston: Janes & Bartlet, 2002: 62.
8. Thistle S, Carolin R. Sex & relationship education. J Nursing Standard 2002; 17(1): 44-65
9. Olfati F, Aligholi S. *A study on education needs of teenage girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin*. The Journal of Qazvin Univ of Med Sci. 2008; 12(2): 76-82 (In Persian)
10. Jejeebhoy ShJ. *Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India*. Sac Sci Med. 1998 May; 46 (10): 1275-90.
11. Williams L. *Empirical approach to designing marriage program*. Am J Family Therap 1999; 27: 271-283
12. Stopparads M. *Family health guide*. New York: DK (A Dorling Kindersley book); 2002: 116
13. Ebne Sina Research Center. *The effect of the sexual health on fertility and Infertility*. Tehran: Shahid Beheshti university of medical sciences; 2004: 38, 43,56,67,85 (In Persian)
14. Donati S. Sex education in secondary schools. J Adolescent Med 2000; 26: 303-3.
15. Brown AD, Jejeebhoy SJ, Iqbal S, Kathryb M. *Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies*. UNDP/ UNFPA/ WHO/ World Bank, Geneva: WHO. 2001; 56-60
16. Wilson H, Mac Andrew S. *Sexual health: foundations for practice*. London: Bailliere Tindall; 2000: 3.